

Il sanguinamento gastrointestinale in età pediatrica

Il sanguinamento gastrointestinale può presentarsi in modo molto eterogeneo e talvolta subdolo, con diversi gradi di acuzie. Le cause differiscono sostanzialmente a seconda dell'età dei piccoli pazienti.

Raffaele Minella¹, Francesco Carlomagno²

¹ Pls Asl Napoli 3 Sud, PhD in Scienze Pediatriche;

² Pls Asl Napoli 3 Sud, coordinatore Area Puer (Prevenzione, urgenze, emergenze responsabili) Fimp, Tesoriere nazionale Simeup

ABSTRACT INGLESE

Intestinal bleeding can occur in pediatric age in various and heterogeneous ways, with symptoms ranging from subtle to severe anemia. The epidemiology is affected by the lack of studies related to the acuity with which it can present. The numerous causes of bleeding are differentiated between the neonatal and infantile age, compared to those that occur later.

ABSTRACT ITALIANO

Il sanguinamento intestinale può presentarsi in età pediatrica in maniera varia ed eterogenea, partendo da sintomi sfumati fino a marcata anemia. L'epidemiologia risente della scarsità di studi legati all'acuzie con cui si può presentare. Le numerose cause di sanguinamento vengono differenziate tra l'età neonatale e del lattante, rispetto a quelle successive.

DEFINIZIONE DI SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE

Il sanguinamento gastrointestinale può presentarsi in vari modi:

1. **Ematemesi:** espulsione dalla bocca di materiale rosso vivo o caffeano. In quest'ultimo caso la sede del sanguinamento è prossimale al legamento di Treitz;
2. **Melena:** emissione di materiale scuro con le feci. Tale colorazione è causata dall'ossidazione da parte dei batteri intestinali dell'emoglobina che viene convertita in ematina;
3. **Ematochezia:** emissione di sangue rosso vivo dal retto. Nonostante la sede dell'ematochezia sia usualmente nelle basse vie digerenti, spesso il sangue proveniente dalle alte vie digerenti funge da catartico ed accelera il transito intestinale.

CAUSE DEL SANGUINAMENTO

Le cause di sanguinamento gastrointestinale sono indicate nelle tabelle 1 e 2.

ANAMNESI ED ESAME FISICO

Nel neonato e nel lattante è fondamentale escludere un sanguinamento da ingestione di sangue materno mediante il *test di Apt-Downey*, che è in grado di rile-

Cause di sanguinamento nel neonato e nel lattante

- Sensibilizzazione alle proteine del latte vaccino
- Traumi
- Fissurazioni anali
- Malattia da reflusso gastroesofageo
- Gastrite
- Infezioni e sepsi
- Ischemia (volvolo o intussuscezione)
- Deficit di vitamina k
- Malformazioni vascolari
- Anomalie anatomiche
- Intussuscezione
- Enterocolite da Hirschsprung
- Iperplasia linfonodulare

Tabella 1

Cause di sanguinamento nel bambino

- Esofagite o gastrite
- Sensibilizzazione alimentare
- Farmaci (corticosteroidi e FANS*)
- Intussuscezione
- Diverticolo di Meckel
- Varici esofagee
- Corpi estranei
- Malformazioni vascolari
- Infezioni e sepsi
- Anomalie anatomiche
- Ischemia
- Fissure anali
- Ulcere da stress
- Poliposi

* Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei, classe eterogenea di cui il meno gastrolesivo risulta essere ibuprofene (11)

Tabella 2

vare le differenti proprietà denaturanti del sangue materno in presenza di idrossido di sodio (1).

In caso di sanguinamento gastrointestinale un'anamnesi iniziale prevede quattro quesiti (2):

1. Sede (bocca e/o retto), quantità e durata del sanguinamento
2. Presenza di sintomi gastrointestinali (diarrea, vomito, crampi, dolori addominali, stipsi)
3. Presenza di sintomi sistemici (febbre, rash, vertigini, pallore, palpitazioni, respiro breve, estremità fredde)
4. Anamnesi familiare e farmacologica

È necessario, inoltre, escludere l'esistenza di condizioni che mimino un sanguinamento intestinale. Tra queste possiamo annoverare l'assunzione di alimenti (e.g., liquirizia, spinaci, gelatina, bacche, ciliegie, melone), farmaci (e.g., il bismuto, rifampicina e derivati del ferro), i sanguinamenti da altre sedi (e.g., epistassi, emoftoe, gengivali), precedenti interventi chirurgici (odontoiatrici o otorinolaringoiatrici) e sindrome di Munchausen per procura (3).

L'esame fisico comprende il rilevamento di diversi parametri, quali pressione arteriosa, frequenza respiratoria e cardiaca e tempo di refill.

L'esame obiettivo di testa e bocca è orientato a osservare eventuale pigmentazione itterica delle sclere, pallore congiuntivale, traumi dentali, epistassi e pigmentazioni anomale della mucosa orale.

L'esame obiettivo dell'addome è articolato nei classici quattro tempi: 1) l'ispezione per rilevare distensione addominale, ittero, teleangectasie, noduli blu, emangiomi o lentiggini; 2) la palpazione alla ricerca di eventuali epato/splenomegalia, masse addominali, dolore; 3) la percussione consentirà di evidenziare la distensione addominale da gas, ed infine 4) l'auscultazione consentirà di rilevare la presenza e la frequenza dei borborigmi.

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

La storia clinica e l'esame obiettivo dovrebbero guidare la scelta degli esami di laboratorio da eseguire. I pazienti con ematemesi e/o melena dovrebbero eseguire emocromo completo e test emocoagulativi. I pazienti con segni clinici di epatopatia (ipertensione portale, cirrosi o patologia cronica) dovrebbero

essere sottoposti ad una estensiva valutazione per la funzionalità epatica, escretiva e metabolica (3,4). I pazienti con ematochezia analogamente richiedono un numero di test laboratoristici variabile. I bambini con ematochezia senza dolore addominale devono eseguire un emocromo completo e, in caso di sanguinamenti parossistici, indagini di laboratorio per la ricerca di diverticolo di Meckel (5).

I bambini con fissurazione anale e stipsi funzionale o colite allergica non richiedono test di laboratorio.

Tutti i bambini con segni di malattia acuta (segni di sepsi, febbre, dolori articolari) dovrebbero essere sottoposti ad un panel di analisi maggiore, che includa velocità di eritrosedimentazione (VES), proteina c reattiva (PCR), esame parassitologico e coprocoltura, allargata a clostridium difficile (6).

In caso di disidratazione verranno eseguiti test anche per funzionalità renale.

LA CLASSICA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

La classica diagnostica per immagini non riveste un ruolo centrale a causa dei progressi delle tecniche endoscopiche, e dovrebbe essere riservata a quei casi in cui la valutazione dell'area sospetta non è raggiungibile con endoscopia (disfagia, odinofagia, sospetta invaginazione intestinale, sospetto diverticolo di Meckel, ipertensione portale) (2).

L'**endoscopia** digestiva, alta o bassa, rappresenta la più importante procedura diagnostica e in alcuni casi terapeutica in caso di bambino con sanguinamento, tuttavia la modalità in urgenza non è sempre indicata a causa di un insieme di fattori che vanno dall'instabilità emodinamica, alla scarsa preparazione del paziente, alle procedure anestesiolgiche in un bambino emodinamicamente instabile ed infine al rischio di aspirazione (3).

L'endoscopia con videocapsula è indicata in quei casi in cui il sanguinamento è presumibilmente localizzato nel piccolo intestino, non raggiungibile con gastroscopia tradizionale o colonscopia. Recentemente l'enteroscopia, una procedura gastroscopica con cui si raggiunge il piccolo intestino ha dato incoraggianti risultati (7,8,9).

Il trattamento dei sanguinamenti gastrointestinali è volto principalmente al ripristino di un'eventuale ipovolemia e alla rimozione delle singole cause (10).

Bibliografia

1. J. Fritz, B. Vitola. Gastrointestinal Bleeding, In Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis, 1 Edizione, 13 Capitolo 235-243
2. Heitlinger La, Mc Clung Jm. Gastrointestinal Hemorrhage, In Wyllie/Hyams, Pediatric Gastrointestinal Disease, Seconda Edizione, Pg 64-72
3. Cucchiara S, Sangue Nelle Feci, In Manuale Di Gastroenterologia Pediatrica, Il Pensiero Scientifico Editore, I Edizione, Pg 85-97
4. Pai Ak, Fox Vl. Gastrointestinal Bleeding And Management. *Pediatr Clin North Am* 2017;64:543-561
5. Zetting G, Staudenherz A, Leitha T. The Importance Of Delayed Images In Gastrointestinal Bleeding Scintigraphy. *Nucl Med Commun* 2002;23:803-808
6. Concha R, Amaro R, Barkin Js. Obscure Gastrointestinal Bleeding: Diagnostic And Therapeutic Approach. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:242-251
7. Di Nardo G, Calabrese C, Conti Nibali R Et All. Mr Enterography Versus Capsule Endoscopy In Paediatric Patients With Suspected Chron,S Disease. *Eur Radiol* 2011;21:823-831
8. Di Nardo G, De Ridder R, Oliva S. Et All. Enteroscopy In Paediatric Crohn's Disease. *Dig Liv Dis* 2013;45:351-355
9. Di Nardo G, Esposito G, Ziparo C Et All. Enteroscopy In Children And Adults With Inflammatory Bowel Disease. *World J Gastroenterol* 2020;26:5944-5598
10. Poddar U. Diagnostic And Therapeutic Approach To Upper Gastrointestinal Bleeding. *Pediatr Ind Childhealth* 2019;39:18-22 Sahn B, Bitton S. Lower Gastrointestinal Bleeding In Children. *gastrointest Endosc Clin North Am* 2016;26:75-98
11. AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO |. Tossicità gastrointestinale da FANS: quali strategie preventive per ridurla? *BOLLETTINO D'INFORMAZIONE SUI FARMACI | Aggiornamenti*. 2008; Disponibile su: http://www.agenziafarmaco.gov.it/allegati/bif1_08_fans.pdf